



بررسی جنبه‌های روانی - اجتماعی و شیوه‌های کنار آمدن با بیماری در دو گروه از مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی

حمید فرزادی*، دکتر بهروز بیرشک**، دکتر محمد مهدی گویا***

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی جنبه‌های روانی - اجتماعی، شیوه‌های کنار آمدن با بیماری و کیفیت روابط اجتماعی دو گروه از بیماران مبتلا به عفونت HIV مثبت انجام شد. آزمودنی‌های این بررسی که از نوع بررسی‌های مقطعی - توصیفی است، ۱۰ نفر (۷ مرد، ۳ زن) با میانگین سنی ۳۱/۵ از بیماران مبتلا به عفونت HIV بودند و با خانواده زندگی می‌کردند. این بیماران ابتدا توسط آزمون آسایش روانی غربالگری شده و در دو گروه ۵ نفری با آسایش روانی بالا و پایین جای داده شدند. سپس سه پرسشنامه کیفیت روابط اجتماعی، مقابله با بیماری و فشارهای روانی - اجتماعی برای هر کدام از بیماران تکمیل گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون آناوا بسته و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات فشارهای روانی - اجتماعی و میزان آشفتگی ناشی از این فشارها در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، در صورتی که در هر دو گروه به صورت جداگانه میزان فشارهای روانی - اجتماعی پس از ابتلا به بیماری نسبت به پیش از آن به صورت معنی‌داری افزایش پیدا کرده بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران با آسایش روانی بالا به صورت معنی‌داری روشهای مقابله شناختی و رفتاری فعال را بیشتر به کار می‌بردند تا گروه با آسایش روانی پایین. همچنین از نظر چگونگی روابط اجتماعی در سه بعد حمایت اجتماعی، روابط تعارضی و عمق رابطه تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۵۶

کلید واژه: عفونت HIV، فشارهای روانی اجتماعی، شیوه‌های کنار آمدن، حمایت اجتماعی

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی - درمانی شهید نواب صفوی.
** دکترای تخصصی روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران
*** پزشک متخصص عفونی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، خیابان شریعتی، ایستگاه عوارضی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران

بی‌شک بزرگترین بلاي جامعه بشری پس از جنگ جهانی دوم جهانگیری سندرم نقص ایمنی اکتسابی^(۱) (ایدز) است. در طول ده سال گذشته ایدز به یک فوریت بهداشتی کشور تبدیل شده است بطوری که آمار روز افزون ایدز در جهان در نیمه دوم ۱۹۹۶ بیش از ۱/۳۹۳/۶۴۹ مورد گزارش شده است و آمار واقعی موارد مبتلا به ایدز در جهان ۷/۷۰۰/۰۰۰ نفر برآورد می‌شود (اداره کل پیشگیری و مراقبت از بیماریها، ۱۳۷۶).

صرفنظر از عوامل زمینه ساز بدنی، زیستی و روانی، ویژگیهای فردی و شیوه رویارویی فرد با موقعیتهای فشارزا به عنوان عوامل تسریع کننده در بروز علایم بیماری در افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) مطرح می‌باشد.

فریدمن^(۲) و کلیماس^(۳) (۱۹۹۴)، به نقل از ثورل^(۴)، بلوم کویت^(۵)، جانسون^(۶)، اسکولمان^(۷)، برنتوپ^(۸) و استیگن دال^(۹) (۱۹۹۵) در زمینه حمایت اجتماعی و پیشرفت دستگاه ایمنی در بیماران مبتلا به عفونت HIV نشان دادند که رنج ناشی از استرس^(۱۰) اطلاع از تشخیص HIV، انکار و حمایت اجتماعی کم، ارتباط معنی داری با پیشرفت بیماری داشته است. همچنین افزایش انکار پیش از تشخیص، همبستگی معنی داری با تساهی^(۱۱) سریع دستگاه ایمنی داشت. همچنین ریلو^(۱۲) در بررسیهای خود در زمینه نرخ مرگ و میر بیماران مبتلا به ایدز نشان داد که نرخ مرگ و میر در طول ۱۲ ماه پس از تشخیص ایدز در افرادی بیشتر است که یا حمایتی ندارند یا حمایت اندکی دارند.

در زمینه متغیرهای روانی - اجتماعی که بر سازگاری روانی و شیوه‌های کنار آمدن این بیماران تأثیر می‌گذارد باید گفت که این افراد از همان ابتدای تشخیص با احساس ترس از یک مرگ زودرس روبرو می‌شوند و به شیوه‌های نامعلوم مراقبتهای پزشکی و بهداشتی را بدست می‌آورند. آنان پیوسته زیر فشار زیاد لکه ننگ و طرد از اجتماع

هستند (کوهن^(۱۳) و ویسمن^(۱۴)، ۱۹۸۶؛ به نقل از گرومون^(۱۵)، ریگیبی^(۱۶)، اور^(۱۷) و پروسیدانو^(۱۸)، ۱۹۹۴). این افراد همچنین می‌باید با ترسهای مرتبط با بیماری مانند ناتوانی^(۱۹)، افزایش وابستگی^(۲۰)، کاهش مهار بدنی^(۲۱) و درد مبارزه کنند (دیلی^(۲۲)، اوکیتیل^(۲۳)، پرل^(۲۴) و ولبردینگ^(۲۵)، ۱۹۸۵، به نقل از همان‌جا). ماهیت پیشرونده عوامل فشارزا یکی از جنبه‌های اساسی افراد مبتلا به HIV مثبت و ایدز می‌باشد. هر چند که دور از انتظار نیست، گستره‌ای از آشفتگیهای روانی از حالت نسبتاً سبک مانند بی‌تفاوتی بیمارگون^(۲۶)، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت‌های شدید مانند اختلالهای اضطرابی، افسردگی اساسی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می‌شود (دیکار^(۲۷)، ۱۹۸۴؛ دیلی و همکاران، ۱۹۸۵؛ هولند^(۲۸) و تروز^(۲۹)، ۱۹۸۵؛ به نقل از گرومون و همکاران، ۱۹۹۴). مراد از رنج ناشی از استرس، تأثیری است که هر مشکل یا رویداد بر فرد باقی می‌گذارد. شدت تأثیر بر اساس نمرات به دست آمده در پرسشنامه مربوطه مشخص می‌شود.

لات جندرف^(۳۰)، آتونی^(۳۱)، اشنیدرمن^(۳۲) و فلچر^(۳۳)

1-acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)	3-Klmmas
2-Friedman	5-Blumkvist
4-Theorell	7-Schulman
6-Jonsson	9-Stigendal
8-Berntorp	11-deterioration
10-distress	13-Cohen
12-Reillo	15-Grummon
14-Weisman	17-Orr
16-Rigby	19-disability
18-Procidano	21-loss of body control
20-dependence	23-Ochitill
22-Dilley	25-Vellberding
24-Perl	27-Deuchar
26-apaty	29-Tross
28-Holland	31-Antoni
30-Lutgendorf	33-Fletcher
32-Schneiderman	

(۱۹۹۴) در پیگیری دو ساله خود در زمینه ارتباط بین عوامل روانی - اجتماعی و بهبود وضعیت عاطفی و آسایش روانی در افراد مبتلا به عفونت HIV نشان دادند که استفاده بیشتر از شیوه‌های کنارآمدن فعال شامل تجربه‌های تن آرامی، استفاده از ارزیابی عملکردی و بدست آوردن حمایت اجتماعی از یک سو و کاهش استفاده از روش انکار یا اجتنابی از سوی دیگر پیش‌بینی کننده سطوح بالاتر آسایش روانی - هیجانی و عملکرد بهتر هیجانی و جسمانی آنان بوده است.

با توجه به اینکه ویژگی عمومی فشارهای روانی - اجتماعی، شیوه‌های کنارآمدن و وضعیت حمایت اجتماعی عوامل فرهنگ بسته^(۱) هستند، پژوهش حاضر

به بررسی فرضیه‌های زیر در فرهنگ ایران می‌پردازد:

۱- بیماران با آسایش روانی^(۲) پایین فشارهای روانی - اجتماعی بیشتری را نسبت به بیماران با آسایش روانی بالا دارند.

۲- رنج ناشی از استمرار بیماران با آسایش روانی پایین بیشتر از بیماران با آسایش روانی بالا است.

۳- شیوه‌های کنارآمدن در بیماران با آسایش روانی بالا بیشتر رفتاری و شناختی فعال و در بیماران با آسایش روانی پایین بیشتر اجتنابی است.

۴- کیفیت روابط اجتماعی در بیماران با آسایش روانی پایین، پایین‌تر از بیماران با آسایش روانی بالا است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی^(۳) و گذشته نگر^(۴) است متغیر مستقل این پژوهش یعنی عفونت HIV در گذشته روی داده، هدف پژوهش آن بوده است که متغیرهای وابسته به آن یعنی آسایش روانی، میزان روابط اجتماعی، فشارهای روانی اجتماعی و شیوه‌های کنارآمدن با آن را در این بیماران ارزیابی کند. به این منظور دو گروه از بیماران مبتلا به عفونت HIV با آسایش روانی بالا و

آسایش روانی پایین با توجه به متغیرهای وابسته و عوامل تشکیل دهنده آن مورد مقایسه قرار گرفتند.

آزمودنیهای پژوهش عبارت از ۱۰ بیمار مبتلا به عفونت HIV بودند که در خانواده و اجتماع زندگی می‌کردند. آزمودنیها از هر دو جنس و در گروه سنی ۲۵ تا ۷۵ سال برای آسایش روانی بالا و ۱۵ تا ۳۲ سال برای آسایش روانی پایین بودند. مدت زمان اطلاع از عفونت به ویروس HIV در گروه آسایش روانی بالا ۲ تا ۹ سال و در گروه آسایش روانی پایین ۱ تا ۸ سال بود. دامنه تحصیلات در هر دو گروه بین سوم دبیرستان تا لیسانس بود. آزمودنیها از میان مراجعین به مطب متخصص عفونی انتخاب شدند.

برای اجرای پژوهش آزمودنیها نخست توسط پزشک متخصص عفونی دیده شده و به پژوهشگر ارجاع می‌شدند. هر آزمودنی به صورت انفرادی پس از ایجاد رابطه، برگ مشخصات فردی و چهار پرسشنامه را به شرح زیر تکمیل می‌نمود:

- ۱- آزمون آسایش روانی^(۵): این آزمون دارای ۴۰ پرسش سه تا چهار گزینه‌ای است که هدف آن بررسی میزان خشنودی از زندگی در جنبه‌های مختلف است. این آزمون و راهنمای آن در سال ۱۹۹۲ توسط سازمان جهانی بهداشت انتشار یافته و برای نخستین بار در ایران توسط باقری، زیر نظر و با تصحیح نهائی دکتر براهنی ترجمه و ویرایش شده است. اعتبار آزمون در بررسی انجام شده بطور متوسط حدود ۰/۹۰ برآورد گردیده است و پایایی آزمون از طریق بازآزمایی در دو گروه افراد بیمار و بهنجار به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۵ بدست آمده است (باقری، ۱۳۷۴).
- ۲- پرسشنامه کیفیت روابط اجتماعی: این پرسشنامه توسط پیرس^(۶) و ساراسون^(۷) (۱۹۹۱)، به نقل از ابراهیمی،

1-closed culture	2-well - being
3-Ex-post facto	4-retrospective
5-Subjective Well-being Inventory	
6-Pierc	7-Sarason

۱۳۷۱) جهت ارزیابی کیفیت روابط اجتماعی با افراد مهم و کلیدی زندگی تهیه شده است و دارای سه مقیاس جداگانه است. مقیاس اول حمایت اجتماعی که دارای ۷ ماده است و قابلیت دسترسی به حمایت از طریق روابط با افراد خاص را اندازه گیری می کند. مقیاس دوم دارای ۱۴ ماده است و روابطی را که منبع تعارض، تنش و دوسوگرایی عاطفی است، ارزیابی می کند. مقیاس سوم دارای ۸ ماده، عمق رابطه و اهمیت روابط را که به احساس امنیت مربوط می شود ارزیابی می کند. این پرسشنامه در ایران برای نخستین بار توسط ابراهیمی و ذوالفقاری (۱۳۷۱) ترجمه و پایانی آن بررسی گردید و اعتبار محتوی آن توسط چند تن از استادان مورد تأیید قرار گرفت. پایانی آن با روش بازآزمایی روی ۲۰ آزمودنی بهنجار دیپلم و متأهل با فاصله دو هفته ۰/۷۳ بدست آمد.

۳- پرسشنامه مقابله با بیماری: این پرسشنامه توسط نامیر^(۱) و ولکوت^(۲)، فاووزی^(۳) و آلومباف^(۴) در سال ۱۹۸۷ ساخته شده است. پرسشنامه یاد شده دارای ۵۲ ماده است که ۴۸ ماده آن روشهای رویارویی و مقابله با بیماری را مورد ارزیابی قرار می دهند و ۴ ماده آخر پرسشهایی را در مورد سازش فرد با بیماری در مقایسه با دیگران مطرح می سازد. میزان استفاده هر فرد از هر روش براساس یک مقیاس ۵ درجه ای از هرگز (۰) تا همیشه (۴) سنجیده می شود (نصری، ۱۳۷۲). پاسخها در سه روش شسیوه های سازگاری طبقه بندی می شوند: روشهای رفتاری فعال، روشهای شناختی فعال و روش اجتنابی.

۴- آزمون فشارهای روانی - اجتماعی: به منظور ارزیابی فشارهای روانی - اجتماعی ویژه بیماران مبتلا به عفونت HIV مثبت و میزان آشفستگی که هر کدام از این فشارها برای فرد ایجاد می کنند با توجه به وضعیت فرهنگی و اجتماعی ایران و با مصاحبه حضوری با تعدادی از افراد مبتلا به عفونت درباره مشکلاتشان و همچنین مراجعه به پیشینه پژوهش فشارهای روانی -

از نظر کیفیت روابط اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی، روابط تعارضی و عمق رابطه تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. این یافته می تواند نشان دهنده نظام حمایتی خوب خانواده از فرد بیمار باشد که این حمایت حتی در شرایط سخت و دشوار نیز از بین نمی رود.

اجتماعی این بیماران مورد بررسی قرار گرفت در نهایت ۲۰ عامل که این افراد بیشتر درگیر با آن بودند استخراج شد. سپس ۲۸ عامل فشارزای دیگر که ممکن است برای تمام مردم اتفاق افتد و آسایش روانی آنان را تحت تأثیر قرار دهد انتخاب و با الگو از پرسشنامه رویدادهای زندگی هولمز^(۵) و راهه^(۶) پرسشنامه جدیدی تنظیم تا انطباق بیشتری با وضعیت این بیماران داشته باشد. افزون بر این ستونی نیز جهت مشخص کردن زمان وقوع رویداد پیش و یا پس از بیماری در نظر گرفته شد. میزان ناراحتی که هر عامل فشارزا ایجاد می کند از طریق علامت زدن در ۵ سطح (بی تأثیر، تأثیر کم، تأثیر متوسط، تأثیر شدید و تأثیر خیلی شدید) ارزیابی شد. در پیش پژوهش^(۷) که بر روی سه مورد مبتلا به عفونت HIV مثبت انجام شد ضریب پایایی آزمون با روش بازآزمایی با فاصله دو هفته در عوامل فشارزای زندگی ۰/۸۹ و در رنج ناشی از استرس ۰/۸۴ بوده است.

یافته ها

میانگین، انحراف معیار و سطح معنی داری تفاوت دو گروه بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی و وضعیت

1-Namir	2-Wolcott
3-Fawzy	4-Alumbagh
5-Holmes	6-Rahe
7-pilot study	

آسایش روانی در جدول ۱ نشان داده شده است. تحلیل آزمون ۱ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر مدت زمان ابتلا به عفونت و سطح تحصیلات تفاوت معنی داری ندارند و تنها در متغیر سن تفاوت معنی دار مشاهده می‌شود. از نظر وضعیت آسایش روانی، نمرات دو گروه دارای تفاوت معنی دار آماری می‌باشند.

در آزمون فرضیه‌ها هرچند که دو گروه از نظر میزان فشارهای روانی - اجتماعی پیش از بیماری و طی بیماری دارای تفاوت معنی دار نبودند، نمرات هر دو گروه پس از

مبتلا شدن به عفونت به صورت معنی داری افزایش پیدا کرده بود که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است. میزان رنج ناشی از استرس بیماران در دو گروه پیش از بیماری و پس از آن تفاوت معنی داری نشان نداد در صورتی که در دو گروه میزان رنج ناشی از استرس بیماران پس از ابتلا به عفونت به صورت معنی داری افزایش پیدا کرد که نتایج آماری آن در جدول ۳ گزارش گردیده است.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و نمره آویزگیهای جمعیت شناختی دو گروه مورد بررسی بر حسب چگونگی آسایش روانی

متغیرها	آسایش روانی بالا		آسایش روانی پایین		نمره ۱	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۸/۶	۱۱/۸	۲۲/۴	۶/۹	۰/۵۲	۰/۰۵
مدت ابتلا به عفونت	۵/۵	۲/۷	۲/۲	۲/۶	۰/۸۲	N.S
سطح تحصیلات	۱۲/۸	۳/۳	۱۲	۲/۸	۰/۲۹	N.S
وضعیت آسایش روانی	۷۹	۱۱/۳۲	۲۶/۲	۱۲/۱۵	۲/۲۱	۰/۰۱

Andeeshbeh
Va
Raftar
انتدیشه و رفتار
۶۰

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در مرحله پیش از بیماری و پس از دچار شدن به آن بر حسب چگونگی آسایش روانی

گروهها	پیش از بیماری		پس از بیماری		نمره ۱	ضریب همبستگی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آسایش روانی بالا	۷/۸	۱۱/۷	۱۹	۱۲/۹۶	-۲/۶۷	۰/۹
آسایش روانی پایین	۸	۳/۱۶	۲۲/۲	۱۴/۹	۲/۸۸	۰/۷۹

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه مورد بررسی و نمره تبه دست آمده بر حسب میزان رنج ناشی از استرس در مرحله پیش از بیماری و طی بیماری

گروهها	پیش از بیماری		طی بیماری		نمره ۱	سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آسایش روانی بالا	۱۸/۶	۲۷/۵	۲۱/۲	۳۲/۶	-۲/۱۳	۰/۰۵
آسایش روانی پایین	۲۲/۶	۷/۱۶	۲۱/۶	۷/۵	-۸/۱	۰/۰۱

در زمینه به کار بردن شیوه‌های کنارآمدن با بیماری، آسایش روانی پایین از روشهای شناختی فعال و رفتاری گروه آسایش روانی بالا به صورت معنی داری بیش از گروه فعال بهره‌گرفته‌اند که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴ - میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه مورد بررسی و نمره t به دست آمده بر حسب شیوه‌های کنارآمدن به کار برده شده

شیوه‌های کنارآمدن	گروهها	آسایش روانی بالا		آسایش روانی پایین		نمره t	سطح معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
شناختی فعال	۴۰/۴	۸/۴۷	۲/۷۷	۱۶/۲	۶/۰۷	۰/۰۵	
رفتاری فعال	۲۹/۶	۷/۰۲	۲/۷	۱۰/۴	۵/۸۶	۰/۰۵	
اجتنابی	۱۱/۶	۲/۴	۱۱/۲۳	۱۸/۶	۱/۳۶	N.S	

از نظر وضعیت حمایت اجتماعی، عمق رابطه و روابط تعارض آمیز بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. میزان فشارهای روانی - اجتماعی وارده بر آزمودنیهای مبتلا به عفونت HIV در مرحله پیش از بیماری و مرحله پس از ابتلا به آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۵- درصد فراوانی فشارهای روانی - اجتماعی پیش و پس از ابتلا به عفونت HIV

فشارهای روانی - اجتماعی	پیش از ابتلا (%)	پس از ابتلا (%)
برچسب خوردن توسط خانواده یا محیط اجتماعی	۰	۶۰
نگرانی در مورد از دست دادن روابط صمیمانه با مردم	۰	۶۰
احساس طرد شدن از طرف دیگران	۳۰	۷۰
از دست دادن ارتباطات عادی اجتماعی	۰	۵۰
از دست دادن نقش‌های عادی در خانواده	۳۰	۵۰
نا توانی در کنترل آینده	۰	۶۰
نداشتن امنیت شغلی یا خودمختاری مالی	۰	۷۰
اشکال در روابط جنسی	۱۰	۳۰
نداشتن احساس استقلال	۲۰	۷۰
نگرانی در مورد زنده ماندن	۰	۹۰
احساس گناه شدید	۰	۵۰
داشتن ضعف جسمانی	۰	۷۰
احساس ناامیدی	۰	۹۰
احساس ترس یا اضطراب	۵۰	۷۰
اشکال در دریافت خدمات پزشکی و بهداشتی از طرف مراکز درمانی و بهداشتی	۰	۸۰
داشتن افکار خودکشی	۰	۴۰

بحث در یافته‌ها

همان‌گونه که بیان شد افراد مبتلا به عفونت HIV به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری کشنده و درمان‌ناپذیر در گستره فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی محدود می‌شوند که از یک سو به عنوان عامل تنش‌زا در این بیماران مطرح می‌باشد و از سوی دیگر به واسطه ویژگی‌های این بیماری مانند نسبت دادن انحرافات اخلاقی به این بیماران در بین توده مردم، راه‌های خاص انتقال عفونت و تا حدی ناشناخته بودن بیماری، این افراد در معرض فشارهای روانی - اجتماعی ویژه‌ای قرار می‌گیرند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر میزان فشارهای روانی - اجتماعی رنج ناشی از آنها در دو گروه بیماران با آسایش روانی بالا و آسایش روانی پایین به کمک پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود مورد اندازه‌گیری قرار گرفت و نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد، در صورتی که میزان فشارهای روانی - اجتماعی و رنج ناشی از آن هم در گروه آسایش روانی بالا و هم در گروه آسایش روانی پایین پس از ابتلا به عفونت HIV نسبت به پیش از ابتلا به عفونت دارای تفاوت معنی‌داری است، که هماهنگ با یافته‌های فلاسکروود^(۱) (بیرک هد^(۲))، ۱۹۸۹ می‌باشد. وی در بررسی فشارهای روانی - اجتماعی بیماران مبتلا به ایدز نشان داد که این افراد به تجربه بیمار بودنشان به شیوه‌هایی از جمله انکار بیماری، خشم، ناآرامی، اضطراب، دلهره، افسردگی، افکار خودکشی و انزوای اجتماعی واکنش نشان می‌دهند. همچنین باری^(۳) (۱۹۸۹) بر این باور است که افراد مبتلا به عفونت HIV، افزون بر نداشتن اعتماد به نفس و افت عزت نفس در روابط بین فردی، نداشتن اعتماد نسبت به افراد جامعه و خانواده، نداشتن کنترل، وحشت از مرگ زودرس و بی‌یاوری فشارهای روانی زیادی را تجربه می‌کنند. هماهنگ با ایسن یسافته‌ها تاسیانیتیس^(۴)، آناستاسپولوس^(۵)، پیریا^(۶) و همکاران (۱۹۸۹) در هشتمین

کنگره جهانی روانپزشکی افزایش سطح آشفتگی و واکنش‌های افسردگی و اضطراب را در بیماران مبتلا به عفونت HIV و والدین این افراد گزارش کردند. از لحاظ آشفتگی منجر به خودکشی یا داشتن افکار خودکشی، کازالو^(۷) و همکاران (۱۹۸۹) در همین کنگره نشان دادند که از ۲۲۵ فرد مبتلا به عفونت HIV که مورد بررسی قرار گرفتند در طول سه سال پس از اطلاع از عفونت HIV، ۲۴ نفرشان خودکشی کرده بودند. این یافته مطابق با یافته‌های جانبی پژوهش مبنی بر داشتن افکار خودکشی در ۴۰٪ افراد مورد بررسی است. میزان رنج ناشی از استرس ابتلا به عفونت HIV و افزایش فشارهای روانی - اجتماعی پس از گرفتار شدن به عفونت در هر دو گروه افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد که مطابق با یافته‌های بوسینگ^(۸) و بورکت^(۹) (۱۹۹۳، نقل از دروتار^(۱۰)، اگل^(۱۱)، اکل^(۱۲) و تامپسون^(۱۳)، ۱۹۹۵) می‌باشد. این پژوهشگران در بررسی ۱۲ ماهه اختلالات عاطفی و اضطرابی سه گروه از کودکان و بزرگسالان مبتلا به هموفیلی با HIV مثبت نشان دادند که شیوع اختلالات اضطرابی در این افراد نسبت به گروه بهنجار بیشتر است.

در زمینه شیوه‌های کنارآمدن با بیماری، پژوهش حاضر نشان داد که بیماران با آسایش روانی بالا بصورت معنی‌داری از شیوه‌های کنارآمدن شناختی و رفتاری فعال استفاده می‌کردند. در صورتی که بیماران با آسایش روانی پایین از روش سازگاری اجتنابی استفاده می‌کردند که هماهنگ با نظر فلتون^(۱۴)، رونسون^(۱۵) و هینریشن^(۱۶)

1-Flascrod	2-Brickhead
3-Barry	4-Tsiantis et al
5-Anastasopoulos	6-Piperia
7-Cazzullo	8-Bussing
9-Burket	10-Drotar
11-Agle	12-Eckl
13-Thompson	14-Felton
15-Revenson	16-Hinrichsen

۱۹۸۴) به نقل از نصری، ۱۳۷۲) مبنی بر حالاتهای عاطفی مثبت‌تر، سطوح بالاتر اعتماد به نفس و علایم جسمی کمتر در بیمارانی که از روشهای مقابله شناختی فعال و رفتاری فعال استفاده می‌کنند، بود.

همچنین آلومباف، نامیر و همکاران نیز ارتباط مثبتی را بین استفاده از شیوه‌های کنارآمدن فرار یا اجتناب را با آسایش روانی پایین و افسردگی نشان دادند. کوتیز و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از گرومون، ریگبی، اور، رزنیکوف^(۱)، (۱۹۹۴)، نیز ارتباط بین اقدام به خودکشی و استفاده از شیوه‌های کنارآمدن اجتنابی را مد نظر قرار دادند که هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر نیز هست.

از نظر کیفیت روابط اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی، روابط تعارضی و عمق رابطه تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. این یافته می‌تواند نشان دهنده نظام حمایتی خوب خانواده از فرد بیمار باشد که این حمایت حتی در شرایط سخت و دشوار نیز از بین نمی‌رود. بررسیهای بی‌شماری اهمیت حمایت اجتماعی را در سازگاری بهتر با وضعیت بیماری مورد توجه قرار داده‌اند. ایسن بررسیها نشان داده‌اند که افراد دارای شبکه‌های اجتماعی همراه با رضایت خاطر هستند و سازگاری بهتری با بیماری و شرایط ناتوان کننده آن دارند تا افرادی که دارای این نظام حمایتی نیستند. کاپلان^(۲)، جانسون^(۳)، بایلی^(۴) و سیمون^(۵) (۱۹۸۷)، به نقل از گرومون و همکاران، (۱۹۹۴) در بررسیهای خود در زمینه حمایت اجتماعی و جنبه‌های گوناگون کارکرد بیماران مبتلا به عفونت HIV نشان دادند که حمایت اجتماعی در این افراد معیارهای بهداشتی و آسایش روانی آنان را بهبود بخشیده است. بیشتر پژوهشهایی که بر روی همجنس بازان مرد مبتلا به عفونت HIV صورت گرفته نشان می‌دهند که احساس رضایتمندی از حمایت اجتماعی میزان آسایش روانی این افراد را ارتقاء می‌دهد. در این پژوهشها آسایش روانی به عنوان عزت نفس بالا، استفاده مؤثرتر از

شیوه‌های کنارآمدن (پرکینز^(۶) و ایونز^(۷)، ۱۹۹۲)، به نقل از گرومون و همکاران، (۱۹۹۴)، کاهش سطوح آشفتگی، کاهش افسردگی و کاهش اضطراب مرتبط با مرگ ارزیابی شده بود. یافته‌های جنبی پژوهش نشان داد که در بیماران با آسایش روانی بالا میزان حمایت اجتماعی دریافتی از پدران و مادران به صورت معنی داری بیشتر از حمایت اجتماعی دریافتی از دوستان است؛ در صورتی که در گروه آسایش روانی پایین این تفاوت دیده نشد.

این یافته هماهنگ با یافته‌های هورتیز^(۸) (۱۹۷۸)، دیساموند^(۹) (۱۹۷۹) و کوتتر^(۱۰) (۱۹۸۷)، به نقل از همان‌جا) است. این پژوهشگران در پژوهشهای خود نشان دادند که خانواده به عنوان یک نظام حمایتی بهترین منبع آماده برای کمکهای بلند مدت و متعهد برای افراد مبتلا به ایدز است. در صورتی که در افراد با آسایش روانی پایین تفاوتی بین حمایت اجتماعی دریافتی از پدران و مادران دوستان دیده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان دهنده افزایش معنی‌دار فشارهای روانی اجتماعی پس از ابتلاء به عفونت HIV نسبت به پیش از آن می‌باشد.

منابع

- ابراهیمی، امرا... (۱۳۷۱). مطالعه جنبه‌های روانشناختی - سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: انستیتو روانپزشکی تهران.
- نصری، صادق (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی مداخلات رفتاری - شناختی در کاهش اثرات جانبی روان شناختی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبودی شیوه‌های مقابله آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: انستیتو

1-Reznikoff
3-Jonson
5-Simon
7-Evens
9-Diamond

2-Kaplan
4-Bailey
6-Perkins
8-Horwitz
10-Kutner

- Lutgendorf, S., Antoni, M. H., Schneiderman, M., & Fletcher, M. A. (1994). Psychosocial counseling to improve quality of life in HIV infection patient. *Educational Counseling*, 24, 217-235.
- Nott, K. H., Vedhare, K., & Power, M. J. (1995). The role of social support in HIV - infection. *Psychological Medicine*, 25, 970-983.
- Ridder, D. D., Scheurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.
- Tsiantis, J., Anastasopoulos, D., Piperia, M., Assimopoulos, H., & Panits, D. (1989). Psychosocial disorders displayed by HIV positive haemophilia and thalassaemic children and their parents. In C. N. Stefanis, C. R. Soldatos, & A. D. Robrilas (Eds.) *Psychiatry today: a accomplishment and promises*, VIII World Congress of Psychiatry.
- Theorell, T., Blumkvist, V., Jonsson, H., Schulman, S., Berntorp, E., & Stigendal, L. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32-36.
- روانپزشکی تهران.
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۶). *نگرشی پیرامون آیدز در ایران*، تهران: معاونت امور بهداشتی، اداره کل مبارزه با بیماریهای واگیر.
- Barry, P.D. (1989). *Psychosocial nursing assessment and intervention*. (2nd ed.) Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Birckhead, L. M. (1989). *Psychiatric mental health nursing the therapeutic use of self*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Cazzullo, C. L., Gala, C., Pergami, A., Rousso, R. & Rossini, M. (1989). *Attempted suicide and HIV-infection*. in C. N. Stefanis, C. R. Soldatos, & A. D. Rabrilas (Eds.). *Psychiatry today: a accomplishment and promises*, VIII World Congress of Psychiatry.
- Drotar, D. D., Agle, D. P., Eckl, C. L., & Thompson, P. A. (1995). Psychological response to HIV positivity in hemophilia. *Pediatrics*, 96, 1062-1069.
- Grummon, K., Rigby, E. D., Orr, D., Procidano, M., & Reznikoff, M. (1994). Psychosocial adjustment of IVDU patients with AIDS. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 488-501.

افسردگی عروقی و MRI

در یک پژوهش، نخست توسط MRI بیماران را به دو گروه دچار افسردگی عروقی (میکروانفارکت‌های متعدد) و افسردگی غیر عروقی تقسیم و سپس ویژگیهای آنان را بررسی کردند. دریافتند که افسردگی عروقی با (۱) سن بالاتر، (۲) بروز افسردگی دیررس، (۳) افسردگی بیشتر از نوع غیر پسیکوتیک، (۴) شیوع کمتر افسردگی در خانواده و (۵) نبود احساس لذت بیشتر همراه است.

Am-J-Psychiatry, 1997.